

23 EYLÜL 2004

TS/BAS-BÜL/04-81

“Sağlıklı Bir Gelecek;Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri”

Özet Bulgular

“Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri” başlıklı çalışma, TÜSİAD ile Johns Hopkins International (JHI) arasında yapılan anlaşmaya dayanarak, Johns Hopkins Üniversitesi Bloomberg Halk Sağlığı Okulu öğretim üyeleri Prof. Dr. Laura Morlock, Yrd. Doç. Dr. Hugh Waters ve Prof. Dr. Alan Lyles ile JHI yerel danışmanı Dr. S. Haluk Özsarı ve JHI araştırma asistanı Dr. Göksenin Aktulay tarafından hazırlandı. TÜSİAD Sosyal İşler Komisyonu bünyesinde faaliyet gösteren Sağlık Çalışma Grubu koordinatörlüğünde hazırlanan raporun tanıtım toplantısı, 23 Eylül 2004 tarihinde, Sabancı Center’da gerçekleşti.

Adil ve dengeli kaynak dağılımına dayalı, maliyet etkili, kaliteli ve ulaşılabilir bir sağlık sistemi hedefiyle hazırlanan raporun, Türkiye için tutarlı, kalıcı ve uzun erimli bir sağlık modeli geliştirilmesi konusunda somut çözüm önerileri ve uygulama modelleri sunması ve ülkemiz sağlık sektöründe önemli gelişmelerin öncüsü olması hedeflenmekte.

Rapor, 1. kategori sponsorlar olarak, Anadolu Hayat Emeklilik A.Ş., Anadolu Sağlık Merkezi, Doğan Emeklilik A.Ş., Koç Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş., Pfizer İlaçları Ltd. Şti., Siemens Tıp Çözümleri; 2. kategori sponsorlar olarak, Hedef Alliance Holding A.Ş., İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, Novartis Sağlık Gıda ve Tarım Ürünleri San. ve Tic. A.Ş., Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi; 3. kategori sponsorlar olarak da, Aventis Pharma San. ve Tic. Ltd. Şti., Fako İlaçları A.Ş., İncekara Holding A.Ş. ve Johnson & Johnson Medikal Türkiye’nin maddi katkılarıyla hazırlandı.

Rapor’un “Giriş” başlıklı Birinci Bölümü, Türkiye’de sağlık sistemi reformuna yönelik kamu ve özel sektör vizyonu ile temel konuları içermektedir. Bu bölüm’de, 59.Hükümet Programı’nda yeralan sağlığa yönelik ifadeler yer verilerek, sektördeki sorun alanları ve yapılması planlanan çalışmalar belirtilmektedir.

Rapor’un İkinci Bölümü’nde, sağlık sektörünün ve reform sürecinin gelişimi ile ülkemizin ekonomik ve nüfus yapısı kısaca özetlenmektedir.

Rapor’un Üçüncü Bölümü’nde, Türk Sağlık Sistemi’nin mevcut durumu incelenerek; belirlenmiş konu başlıkları altında ülkemizin sağlıkla ilgili kurumlarının sorunlarının yanısıra sağlık sisteminin temel konularına değinilmektedir.

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU

Meşrutiyet cad.No.74 Tepebaşı 80050 – İSTANBUL
Tel: (0212) 2495448 / 2491929 / 2515313 / 2490723 Fax: (0212) 2933783

Rapor'un Dördüncü Bölümü, dört alt başlıktan oluşmaktadır.

İlk başlık altında; yapılan sınıflandırma sonucu belirlenen konulara göre, sağlık sektöründeki ilgili tarafların sorunlara bakış açıları ve çözüm önerilerine yer verilmiştir.

Uluslararası karşılaştırmaların yapıldığı ikinci başlıkta; özellikle ülkemizin diğer OECD ülkeleri ile sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırmaları yer almaktadır; eldeki mevcut son karşılaştırılabilir veriler (2001 yılı), Türkiye'nin birçok OECD üyesinden dikkate değer ölçüde geride olduğunu göstermektedir. OECD tarafından 2001 yılı için kişi başına 150\$ olarak belirtilen Türkiye'nin sağlık harcamaları düzeyi, Türkiye'nin gelir seviyesindeki ülkelere benzemekle beraber hem OECD hem de AB'de görülen tipik sağlık harcaması şablonlarına göre oldukça düşüktür.

Üçüncü alt başlık ile; sağlık sektöründe maliyet kontrolü amacıyla yapılan müdahalelere örnekler verilmiştir. Birçok ülkede sağlık sigortası kapsamının genişlemesine bağlı olarak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik arttıkça konunun daha da önem kazandığı vurgulanmıştır. Bu bölümde, maliyet kontrol çabaları; "yukarıdan-aşağıya" düzenleyici yaklaşımlar, piyasaya-dayalı (rekabet unsuru) stratejiler veya ikisinin karışımını içerebilecek uluslararası örnekler ile anlatılmaktadır.

Dördüncü alt başlıkta ise, Türk sağlık sistemi için örnek olabilecek önemli unsurlar içermelerinden ötürü; Avustralya, Fransa, Polonya, Macaristan, Meksika ve Tayvan'ın sağlık sistemleri ayrıntılı biçimde tanımlanmaktadır.

Rapor'un "Türk Sağlık Sistemi İçin Bir Eylem Planı" adlı beşinci ve son bölümünde, Türkiye'de sağlık sektöründe yapılması gerekenlere yönelik öneriler yer almaktadır. Sorun alanlarına göre ayrılmış bu bölümde yer alan öneriler, kısaca şöyle özetlenebilir:

1. Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve Bütünleştirilmiş bir Kamu Sağlık Sigortası Programı

- 1.1 Türkiye'nin mevcut çok parçalı sağlık finansman yapısı; ücret ve/veya gelir seviyesine dayalı primlerle finanse edilen ve genel vergiler kanalıyla desteklenen bütünleştirilmiş bir kamu sağlık finansman sistemi ile değiştirilmelidir. Sosyal güvenlik açısından, sağlık sigortası programlarının (ES, SSK, ve Bağ-Kur) mevcut rolleri, yeşil kart uygulaması ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık finansmanı işlevleri tek bir kamu ödeme kurumu (Genel Sağlık Sigortası) altında toplanmalıdır.
- 1.2 Genel Sağlık Sigortası tüm nüfus için zorunlu olmalı ve finansmanında ücretlerden ve/veya gelirden alınan primler ile genel vergiler birlikte kullanılmalıdır. Primler aşamalı olmalı; belirlenecek bir gelir seviyesinin altında kalan hak sahipleri prim ödememelidir.
- 1.3 Kamu ve özel sağlık sigortaları için düzenleyici bir kurul oluşturulmalıdır.
- 1.4 Genel Sağlık Sigortası, standart bir Teminat Paketi tanımlanmalı ve bu paket aktüeryal açıdan tutarlı olmalıdır.

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU



TÜSİAD BASIN BÜLTENİ

- 1.5 Teminat paketinin alınabilirliğini, prim seviyelerini ve zaman içinde Genel Sağlık Sigortası'nın kullanabileceği finansman durumunu belirlemek için, bir aktüerya çalışması yapılmalıdır.
- 1.6 Genel Sağlık Sigortası hak sahipleri bu hizmetlerden hem kamu hem de özel hizmet sunucular kanalıyla yararlanabilmelidir.
- 1.7 Malüllük, emeklilik ve hayat sigortaları da dahil olmak üzere, uzun dönemli sigortalar idari yönden Genel Sağlık Sigortası fonlarından ayrı tutulmalıdır.

2. Sağlığa Ayrılan Kaynakların Arttırılması

- 2.1 Kamu sağlık finansmanında sağlanacak artış yeni kaynaklardan elde edilmelidir. Bu amaçla; kamu borçlarının arttırılması, önerilen bir seçenek değildir. Türk Sağlık sistemi için önerilen model; ücrete dayalı zorunlu prim ödemesi ve ek olarak genel vergi gelirlerinden yapılan devlet sübvansiyonunun birlikte olduğu finansman yapısıdır. Önerilen teminat paketinin, teknolojik gelişmelere bağlı olarak, sağlık harcamalarında gelecekte beklenen artış ve demografik değişiklikler açısından, ücretlerden yapılan kesintinin aktüeryal olarak tutarlı bir seviyede olması gereklidir.
- 2.2 Türkiye; Fransa, Polonya, Macaristan ve Tayvan modellerini dikkate alarak, sağlık sistemini, temel olarak ücretlerden alınan primler ve bunu destekleyecek genel vergilerle finanse edebilir. Bu tip bir sistemle bile; kendi adına çalışanların işveren katkı payları, kayıtdışı çalışanlar ve işsizler ile bunların ailelerini kapsamak üzere başka finansman kaynaklarına ihtiyaç olacaktır.

3. Özel Sağlık Sigortalarının Rolü

- 3.1 İsteğe bağlı özel sigortalar; ek imkanlar sunabilir, Genel Sağlık Sigortası'nın maliyet paylaşımı düzenlemelerini (muafiyetler, katkı payları ve paralel sigorta gibi) karşılayabilir ve Genel Sağlık Sigortası teminat paketi kapsamında olmayan teminatları kapsayabilirler ancak kamu teminat paketinin içinde yer alan teminatları sunmamalıdır.
- 3.2 Genel Sağlık Sigortası'nın, tüm toplumu kapsayacağı zamana kadar geçen bir başlangıç döneminin ardından, dileyenlerin sistemden çıkabilmelerine ve esas sigortaları olarak özel sigorta yaptırmalarına imkan tanıyan bir seçeneğin de düşünülmesini önerilmektedir. Böylece, halen hem kamu hem de özel sigortası olanların aynı teminatlar için mükerrer prim ödemeleri örneğinde olduğu gibi, bu kişilerin Genel Sağlık Sigortası primi ödemeleri gerekmeyecektir.

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU

Meşrutiyet cad.No.74 Tepebaşı 80050 – İSTANBUL
Tel: (0212) 2495448 / 2491929 / 2515313 / 2490723 Fax: (0212) 2933783

4. Maliyet Paylaşımı Düzenlemeleri

- 4.1 Maliyet paylaşımı düzenlemeleri; sağlık hizmetleri sisteminin akılcı kullanımını teşvik amacıyla, katkı paylarını ve muafiyetleri de içermelidir. Bu katkı payları, ödeme gücü olmayanlardan alınmamalıdır.
- 4.2 Katkı payı ödeyemeyecek olanların belirlenmesi için bir sistem oluşturulmalıdır.

5. Hizmet Sunucu Ödemeleri

- 5.1 Geniş bir hizmet sunucu ağı Genel Sağlık Sigortası tarafından kapsam içine alınmaya dek, Genel Sağlık Sigortası ile kamu ve özel farklı hizmet sunucular arasındaki sözleşmeler, sisteme yavaş yavaş dahil edilmelidir. Ödemeler, kaliteli hizmetleri teşvik edecek ve hizmetlerin gereksiz yere fazla sunumunu engelleyecek tarzda yapılandırılmalıdır.
- 5.2 Hastane ve diğer hizmet sunucu ödemelerine yönelik olarak; teşhise dayalı ödemeler için gerekli bilgi sistemleri yerini alıncaya dek geçiş döneminde, genel bir sınırlandırmaya tâbi sabit bütçelerin kullanılacağı, teşhise dayalı ödeme sistemi önerilmektedir.
- 5.3 İl düzeyinde, ayakta tedavi hizmeti veren hekimler için; başlangıç aşamasında genel sınırlamaya tâbi hizmet başına geri ödeme yönteminin kullanılması önerilmektedir. Gerekli bilgi sistemleri devreye girdikten sonra, yine il düzeyinde genel sınırlamaya tâbi olarak, ayakta verilen hizmetler için kişi başına geri ödeme sistemine geçilmesi uygun olacaktır.
- 5.4 Genel Sağlık Sigortası; taleplerin işleme sokulması ve değerlendirilmesi, gereksiz tedavileri izlemek için hizmet sunucu profillerinin çıkarılması, pahalı ve karmaşık tedavi gerektiren hastaların vaka yönetimi gibi işlemlere yönelik hizmetleri, Tarafsız Kurum Yönetimi (Third Party Administrators - TPA) için yapılacak sözleşmeler yoluyla, özel sektörden temin etmeyi de değerlendirmelidir.

6. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamunun ve Özel Sektörün Roller

- 6.1 Kamu sektörü hizmeti sunan değil, hizmetin bedelini ödeyen konumda olmalı, ancak kırsal, yoksul ve diğer sıkıntılı nüfus kesimlerine ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetinin mutlaka temini için, sağlık sektörünün işleyişine yönelik gerekli ortamı da oluşturmalıdır.
- 6.2 Kamu sektörü, kamu sigortacılığını tek bir Genel Sağlık Sigortası çatısı altında birleştirmelidir. Özel sektör tamamlayıcı sağlık sigortası sunmalı ve “Sağlık İşletmeleri”ni işletmeli ve yönetmelidir.
- 6.3 Devlet, tüm vatandaşlarını kapsayan bir Temel Teminat Paketi’ni temin ederken, piyasa koşullarının hizmet sunumunda yetersiz kalması durumunda, bir güvenlik önlemi olarak, hastane hizmetlerini izlemeye ve sunmaya devam etmelidir.

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU

7. Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

- 7.1 Türkiye’deki temel sağlık hizmetlerinin multidisipliner grup çalışması modeli uygulanarak güçlendirilmesi önerilmektedir. Bu yaklaşımda; kamuya ait sağlık ocakları Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezlerine dönüşmeli, bu merkezlerde tercihen sertifikalı Birinci Basamak Hekimleri, birinci basamak eğitimi almış hemşireler ve destek personeli bulunmalı ve çalışanların sayıları hizmet verilen bölgedeki nüfusa bağlı olmalıdır.
- 7.2 Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezlerinin ana işlevleri; en yaygın kronik hastalıkların yönetilmesi (hastalık yönetimi), bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, bağışıklama, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, halkın sağlık eğitimi, toplum ve okul bazlı sağlığı geliştirici faaliyetler, tıbbi kayıtların tutulması ve sağlıkla ilgili istatistiki verilerin toplanması da dahil olmak üzere, birinci basamak hizmet seviyesine uygun vakaların teşhisi ve tedavisi olmalıdır. İstenildiği takdirde, bunların arasına diş sağlığı ve ruh sağlığı hizmetleri de eklenebilmelidir. İdeal olarak, bu merkezler hizmetlerini, hizmet verdikleri nüfusun özel ihtiyaçlarına ve önceliklerine cevap verebilecek tarzda uyarlamalıdır. Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezleri, 24 saat çağrıya cevap verebilecek kapasitede olmalıdır. Uygun hastanelerle ve hizmet bölgesindeki diğer sağlık hizmet sunucularıyla sevk anlaşmaları tesis edilmelidir.
- 7.3 Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezinde; mümkün olduğunca, birinci basamak sağlık hizmeti eğitimi almış hemşirelerin ve diğer yardımcı personelin yanısıra, sorumlulukları paylaşan en az iki hekim bulundurulmalıdır.
- 7.4 Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezlerinin fonları, bulundukları yere bağlı olarak, kamu ve özel finansman kaynaklarının çeşitli karışımlarından oluşabilir. Başlangıç aşamasında, finansman il sağlık müdürlükleri veya belediyeler kanalıyla Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmalı ve ödeme gücü olan hastalardan alınacak muayene ücretleri ile desteklenmelidir. Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezi hekimleri; maaşlı kamu personeli, sözleşme ile çalışan bağımsız özel hekimler ve/veya sözleşme ile çalışan özel hekim gruplarının karışımından oluşabilir.
- 7.5 Sigortalı sayısı arttıkça; birinci basamak sağlık hizmetleri için Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezine üye olan hastalar için yapılacak ödemeler, sigortalarla yapılan kişi başı sözleşmeler yoluyla gerçekleştirilebilir.
- 7.6 Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezlerinin mülkiyeti değişkenlik gösterebilir: özellikle kırsal alanlardaki bazı merkezlerin mülkiyeti kamuda kalırken diğerleri (gerekli yasal çerçeve hazırlandıktan sonra) özel, kar amacı gütmeyen tüzel kişilikler olarak yapılandırılabilirler. Kentsel alanlarda birçok özel kliniğin, özel mülkiyete ait Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezlerine dönüşeceği beklenmelidir.

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU

Meşrutiyet cad.No.74 Tepebaşı 80050 – İSTANBUL
Tel: (0212) 2495448 / 2491929 / 2515313 / 2490723 Fax: (0212) 2933783



TÜSİAD BASIN BÜLTENİ

- 7.7 Her ilçede; Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezi hizmetlerine yönelik hasta şikayetlerinin incelenmesi de dahil, Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezlerinin eşgüdümü ve izlenmesi amacıyla bir Kamu Sağlığı Merkezi kurulması önerilmektedir.

8. Kamu Hastanelerinin Daha Fazla Özerklik Verilerek Güçlendirilmesi

- 8.1 Kamu hastanelerine daha fazla özerklik verilmesine yönelik birkaç seçeneğin denenmesi ve ülke geneline yaygınlaştırılması, en uygun modellerin belirlenmesi için pilot uygulama projeleri oluşturulması önerilmektedir. Buna ilişkin bir karar matrisi de Rapor'da sunulmaktadır.
- 8.2 Her hastane yönetim kuruluna; finansman ve bütçeleme, yasal konular ve düzenlemeler, işletme, tıp ve hemşirelik hizmetleri konularında uzmanlığı olan bireylerin dahil edilmesi önerilmektedir. Kurul üyeleri arasında yerel toplumdan temsilciler de bulunmalıdır.
- 8.3 Bu stratejinin başarısı için, hastanede yönetici konumundaki kişilerin ilave eğitim almaları ve hatta yeni hastane kurulu üyelerinin de sorumluluk alanları ile ilgili eğitimden geçmeleri gerekmektedir.

9. İnsan Kaynakları

- 9.1 Hükümetin *Sağlıkta Dönüşüm Programı*'yla da yapmayı düşündüğü gibi, uzmanlık öncesi dönemdeki eğitim programları temel sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan bilgi, beceri, değer ve yaklaşımları kazandıracak şekilde yeniden tasarlanmalıdır.
- 9.2 Tıp fakültesi öğrencilerine, öğrenimleri sırasında mümkün olduğunca erken bir dönemden itibaren, birinci basamak koşullarında gözlem yapma ve öğrenme fırsatı verilmelidir.
- 9.3 Tüm tıp fakültesi mezunlarının yeterli bilgi ve beceri sahibi olmalarının sağlanmasının temel unsuru olarak, Birinci Basamak Hekimleri için bir sertifikasyon mekanizması işlevi görecektir ulusal bir sınav sistemi geliştirilmelidir.
- 9.4 Bu kurul sınavı yoluyla sertifikaya olma fırsatı sadece aile hekimliği ağırlıklı programlardan yeni mezun olanlara değil, halen çalışmakta olan pratisyen hekimler ve çocuk, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi uzmanlarına ve birinci basamak sertifikasyonu isteyen diğer hekimlere de açık olmalıdır.
- 9.5 Sertifikasyonu teşvik için; sertifikaya Birinci Basamak Hekimleri tarafından sunulan hizmetlere, sağlık sigortaları tarafından onaylanan farklı düzeyde ücretler ödenebilir.
- 9.6 Halen çalışmakta olan pratisyen hekimlerin, Birinci Basamak Hekim sertifikası almalarını kolaylaştırmak için bir strateji geliştirilmelidir.
- 9.7 Hemşirelik öğretim programları; deneyim kazanmaya daha fazla fırsat tanınarak ve müfredatında temel sağlık konularına ağırlık verilerek güçlendirilmelidir.

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU

Meşrutiyet cad.No.74 Tepebaşı 80050 – İSTANBUL
Tel: (0212) 2495448 / 2491929 / 2515313 / 2490723 Fax: (0212) 2933783



TÜSİAD BASIN BÜLTENİ

- 9.8 Üst ve orta düzey sağlık hizmeti yöneticilerinin sağlık yönetimi ve liderlik eğitimlerini güçlendirmek amacıyla, halen Sağlık Bakanlığı ve bazı üniversiteler tarafından başlatılan girişimler daha da yaygınlaştırılmalıdır.
- 9.9 Sağlık hizmetlerinde liderlik ve yönetim için üniversite kaynaklı programlar geliştirilmelidir.
- 9.10 Ülke ve il düzeyinde; Devlet Planlama Teşkilatı, Yüksek Öğretim Kurulu ve Sağlık Bakanlığı arasındaki eşgüdüm güçlendirilerek, daha iyi bir sağlık insangücü planlaması yapılmalıdır.

10. İlaçlar

- 10.1 Ulusal İlaç Kurumu'nun önderliğinde, Ulusal İlaç Politikası oluşturulmalıdır. Ulusal İlaç Politikası öncelikleri belirleyecek ve ilaçlara ulaşılabilirliğin artırılmasının yanı sıra ilaçların kalite ve akılcı kullanımını güçlendirecek çabaların eşgüdümünü sağlayacaktır. Bu potansiyeli ortaya çıkarmak için; Ulusal İlaç Politikası'nın hükümetin desteğine, tercihen yasal düzenlemeler yoluyla, ihtiyacı olacaktır. Ulusal İlaç Politikası; ilaç ürünlerine yönelik politikaları, düzenlemeleri, ulaşılabilirliği ve finansmanı entegre edecektir.
- 10.2 Ulusal İlaç Politikası'nın oluşturulmasına yönelik işleyecek şeffaf bir süreç, tüm tarafların temsilcileri katılmalıdır. Mevcut çok parçalı yapının ve net olarak tanımlanmış ulusal önceliklerin olmayışının ve bunların başarılması için gerekli bütünleşmiş destek eksikliğinin üstesinden gelinmelidir. Ulusal İlaç Politikası'nın ilaç üretimi, dağıtımı, finansmanı ve kullanımına yönelik entegre bölümleri olmalıdır.
- 10.3 Genel Sağlık Sigortası için temel ilaçların belirlenmesi: Seçim kriterleri ulusal hastalık yapılarına, bilimsel verilere ve maliyet etkililiğe dayanmalıdır. Temel ilaç listesi; Ulusal İlaç Politikası'nın düşünülmesi gereken bir unsuru değil, bir önceliği olmalıdır.
- 10.4 Temel ilaçların satın alınabilirliği: Temel ilaçlara ulaşılabilirliği artıracak fiyatlandırma politikaları, vergiler ve gümrük vergileri, çok kaynaklı ve tek kaynaklı ürünlerin satın alınması dahil olmak üzere, çok kapsamlı düşünülmelidir.
- 10.5 Finansman seçenekleri: İlaç ürünleri Türkiye'deki sağlık harcamalarının önemli bir kısmına karşılık gelmektedir ve bu nedenle de, temel ilaçlar açısından genel sağlık sigortası kapsamında yaygın bir ulaşılabilirliğe yönelik finansman ve mekanizmalar önem kazanacaktır. Vurgulanması gereken unsurlar arasında; öncelikli hastalıkların belirlenmesi, etkinliği artırıcı tedarik ve lojistik mekanizmaları, kamu ve özel sağlık sigortalarında reçeteli ilaçların kapsanmasını teşvik etmek ve hasta katkı paylarının sınırlı kullanılması gelir. Ulusal İlaç Politikası kapsamında belirlenen temel ilaçların Temel Teminat Paketi içindeki rolünün tanımlanmasının yüksek önceliği vardır. Bir başka öncelik ise ilaç bedellerinin ödenmesinde görülen gecikmelerin azaltılması olmalıdır.
- 10.6 İlaça yönelik düzenlemeler: İlaça yönelik düzenlemeleri yapan birim olarak Ulusal İlaç Kurumu; bilimsel bulguları, pazarlama öncesi sertifikaları, pazarlama sonrası bulguları,

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU



TÜSİAD BASIN BÜLTENİ

yan etki takibi (pharmacovigilance), pazarlama ve reklam konularını izleyecektir. Buna ek olarak, kalite teminatı ve yaptırımı için İyi Üretim Uygulamaları (Good Manufacturing Practices) dahil, tüm üretim tesislerini denetleyip, jenerik ürünlerin biyo-eşdeğerliliğine yönelik testleri ve sertifikasyonunu gerçekleştirecektir.

- 10.7 Yöneylem Araştırması: Ulusal İlaç Politikası konuyla ilgili iki alanda araştırmaları teşvik etmelidir: etkin sunum sistemleri, ve klinik araştırmalar.

11. Tıbbi Gereçler

- 11.1 Parçalı bir yapıya sahip tıbbi gereç endüstrisinin standartizasyon, kalite kontrolü ve düzenlemeler açısından tek bir yetkili merciiye ihtiyacı vardır. Sağlık Bakanlığı'nın *Sağlıkta Dönüşüm Programı*'nda, bu işlevleri yerine getirebilecek bir yapı (Tıbbi Gereçler Kurumu) tanımlanmıştır.
- 11.2 Kararların zamanında verilmesi gereklidir. Bu yüzden yönetimde bir sorumluluk bilinci yaratmak için uygun teşvikler ve beklentiler oluşturulmalıdır.
- 11.3 Kanıta dayalı kararların verilmesi; titiz ve tarafsız teknoloji değerlendirmelerini gerektirecektir. Bunlar teşvik edilmeli ancak tercihen üniversiteler ve/veya vakıflar gibi devlete ait olmayan, kar-amaçsız kuruluşlardan profesyoneller kullanılmalıdır. Bu tür değerlendirmelerin kullanılmasını teşvik için, düzenlemeler ve satınalma süreçleri kapsamında eğer olanak varsa bu değerlendirmelerin dikkate alınması hususu belirtilmelidir.
- 11.4 Teknolojik değerlendirmelerin yapılması ve yorumlanması; bu değerlendirmelere dayanarak karar verecek olan kamu ve özel sektör profesyonellerinin ilave eğitim almasını gerektirecektir.
- 11.5 Tıbbi Gereç Kurumu; kamu ve özel sektör temsilcilerinin görüşlerini de almak suretiyle gereçlerin teknik kriterleri, bakım ve onarım uygulamaları için rehberler yayımlamalıdır. Bu rehberler; bakım teknisyenlerinin/mühendislerinin niteliklerini, tesis edilmiş gereçler üzerinde hangi faaliyetleri ne sıklıkla yapacaklarını ve hangi konularda sürekli teknik eğitimlerin gerektiğini de belirtmelidir.
- 11.6 Mükerrerlik veya ihtiyaç fazlası kapasite olmadan uygun ulaşılabilirliği temin ederek teşhis ve tedavi gereçlerinin optimal kullanımını sağlamak için bir kamu İhtiyaç Belgesi (Certificate of Need-CON) süreci oluşturulmalıdır.

12. Sağlık Hizmet Kalitesinin İzlenmesi ve Geliştirilmesi İçin Bir Çerçeve

- 12.1 İsteğe bağlı sertifikasyon ve akreditasyon sistemlerinin yanısıra zorunlu ruhsatlandırma sistemlerinin oluşturulması ya da güçlendirilmesi; sağlık sistemlerinin güvenilirliğini ve kalitesini geliştirme stratejilerinin önemli birer parçasıdır. Bu sistemler hem özel hem de

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU

Meşrutiyet cad.No.74 Tepebaşı 80050 – İSTANBUL
Tel: (0212) 2495448 / 2491929 / 2515313 / 2490723 Fax: (0212) 2933783



TÜSİAD BASIN BÜLTENİ

kamu sektöründeki hastanelerin, hekimlerin ve diğer hizmet sunucuların niteliklerini ve performanslarını izlemelidir.

- 12.2 Sağlık çalışanlarının ve kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve ruhsatların periyodik olarak yenilenmesi; uygun bir kamu sektörü biriminin sorumluluğunda olmalı ve kamu sağlığı ve güvenliği için gerekli asgari standartların sağlanması amacıyla zorunlu olmalıdır.
- 12.3 Önceden belirlenmiş niteliklere sahip sağlık çalışanlarının sertifikaya edilmesi özel sağlık meslek birliklerinin sorumluluğunda olmalıdır. (Birinci Basamak Hekimleri'ne yönelik bir sertifikasyon sürecinden yukarıda bahsedilmiştir). Sertifikasyon isteğe bağlı olmalıdır, ama bir geçiş evresinden sonra ödemelerde yapılacak artışlar yoluyla teşvik edilmelidir.
- 12.4 Kamu ve özel hastanelerin, önceden belirlenmiş ulaşılabilir ve yazılı (basılı) standartlara uygunluğunu resmi olarak değerlendirip tanıyacak bir akreditasyon programı oluşturulmalıdır.
- 12.5 Sağlık alanında akreditasyon programı üzerinde genel yetkisi olan bir Kurul oluşturulması önerilmektedir. Türkiye'nin; akreditasyon süreci öncesinde ve sırasında kapasite oluşumu ve kalite gelişimi için teknik desteği ön plana çıkaran "yol gösterici akreditasyon" (facilitated accreditation) ile başlaması önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı, bu kurul oluşturulup işlevsel duruma gelene kadar, bu faaliyetleri koordine etmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın mevcut örgüt yapısı içinde kalite faaliyetleri için bağımsız bir birim oluşturulmalıdır.
- 12.6 Akreditasyon durumuna göre, ödeme farklılıkları getirilmelidir.
- 12.7 Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için uygulanacak stratejiler arasında; örneğin Sağlık Bakanlığı'nın önderliğinde temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için hazırlanan rehberler gibi, uygulama rehberlerinin hazırlanması da yer almalıdır. Sağlık Bakanlığı ayrıca hastaneler arasında bir kalite geliştirme ağı kurulmasına katkı sağlamalıdır.

13. Bilgi Sistemleri

- 13.1 Türkiye'nin bilgi standartlarını oluşturacak bir kurum olacak şekilde; bağımsız, hükümet dışı, kar amacı olmayan bir Sağlık Bilgi Kurumu oluşturulmalıdır. Sağlık Bilgi Kurumu, bilgi teknolojisi (IT) alanında uygulama yapanlar için önemli bir taban oluşturmak üzere, ana tarafların her birinin üyeliğini ve katılımını sağlamalıdır.
- 13.2 Devlet, özel sektörün sağlık sektöründe bilgi sistemlerine yatırım yapmasını teşvik etmek ve ödüllendirmek üzere; kamu-özel sektör ortaklığı, Yap İşlet Devret ve/veya Yap İşlet gibi modeller konusunda düzenlemeler yapılmalıdır.
- 13.3 Özellikle ödemeler, transferler ve ödemeler için gerekli veri unsurları açısından, önerilen sağlık hizmetleri reformunu destekleyecek bir bilgi altyapısı oluşturulmalıdır. Paylaşım ve

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU

Meşrutiyet cad.No.74 Tepebaşı 80050 – İSTANBUL
Tel: (0212) 2495448 / 2491929 / 2515313 / 2490723 Fax: (0212) 2933783



TÜSİAD BASIN BÜLTENİ

iletişim standartları olan işlevsel bir bilgi sistemi, Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanması açısından önemlidir.

- 13.4 Etkin malzeme yönetimini destekleyecek kodlamalar ve sistem iletişimleri için standartlar belirlenmelidir.
- 13.5 Kamu sektörünün; malzeme, personel, eğitim, bakım, yasal çalışmalar ve yenilemeyi içerecek şekilde bilgi altyapısı için yeterli finansmanı sağlaması gerekmektedir. Buna özellikle sağlık hizmetlerinin finansman işlevleri ve kurumları açısından ihtiyaç vardır.
- 13.6 Devasa, çok kapsamlı, bir defalık projeler yerine tekrarlamaya yöntemi (iterasyon metodolojisi) önerilmektedir. Örneğin, ilk adım olarak mevcut veri kaynaklarını ve veri toplama faaliyetlerini örnekleyerek seçen pilot bir çalışma yapılmalıdır. Bunun sonucunda bir Sağlık Bilgi Sisteminin planlamasına olanak sağlayacak bir temel ve objektif bilgiler elde edilecektir.

14. Sağlık Reformunu Desteklemek için Gerekli Yasal Çerçeve

Yeni yasal düzenlemeler; sağlık sektörünün geçiş sürecindeki gereksinimleri dikkate alınarak yapılmalıdır. Yasalarla genel çerçeve tanımlanmalı, uygulamaya dönük süreçler yönetmeliklerle belirlenmelidir. Bu düzenlemelerin hedeflerinden biri; kamu ve özel sektöre ait kaynaklar arasında sinerji yaratmak olmalıdır. Uygulamada esnekliğe imkan tanınmalıdır. Yasal düzenlemelerin hazırlanma ve uygulanma aşamalarında tüm tarafların öneri ve kaygıları dikkate alınmalıdır. Sağlık sektöründe halen mevcut çok parçalı yapılanmadan kaçınmak için, tüm yasal konuların hazırlanması ve uygulanması aşamaları Başbakanlık düzeyinde oluşturulacak bir yönlendirme komitesi tarafından koordine edilmelidir. Bu kapsamda, aşağıda belirtilen alanlara yönelik yeni yasalar hazırlanmalıdır:

1. Genel Sağlık Sigortası;
2. Kamu ve Özel Hastaneler;
3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri;
4. Sağlık Yönetimi;
5. Sağlık Personelinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları;
6. Kamu Sağlığı;
7. Özel Sektör Yatırımlarını Teşvik İçin Yasal Değişiklikler.

TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
BASIN BÜROSU

Meşrutiyet cad.No.74 Tepebaşı 80050 – İSTANBUL
Tel: (0212) 2495448 / 2491929 / 2515313 / 2490723 Fax: (0212) 2933783